N° 109

18

OBSERVATIONS

SUR

L'AMPUTATION

DANS L'ARTICLE COXO-FÉMORAL.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 14 août 1840,

PAR

N.-A. Jubiot,

DE METZ,

Chirurgien sous-aide-major à l'armée d'Afrique,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

« Pourquoi faut que le chirurgien ait toujours devant les yeux que Dieu et nature lui commandent de ne laisser les patiens sans faire toujours son devoir, combien qu'il prévoye tous signes mortels. Car nature fait souvent ce qu'il semble au chirurgien estre impossible, comme très sagement nous démontre l'un de nos docteurs anciens, disant : *contingunt in morbis monstra, sicut et in naturâ.* »

A. Paré, *liv.* XII, *pag.* 482.

MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL Aîné, imprimeur de la Faculté de médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MESSIEURS :

CAIZERGUES, DOYEN, PRÉS.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médic.*
RIBES, *Suppl.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique gén*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON, *Exam.*	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MESSIEURS :

VIGUIER.
BERTIN.
BÂTIGNE.
BERTRAND.
DELMAS FILS, *Examinateur.*
VAILHÉ.
BROUSSONNET FILS.
TOUCHY.

MESSIEURS :

JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER, *Ex.*
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES, *Sup.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MANES

de mon Père et de ma Mère,

VICTIMES DU CHOLÉRA DE 1832.

Regrets éternels!...

A MON ONCLE,

CURÉ D'ARRY (MOSELLE).

A MON FRÈRE,

CHIRURGIEN DE LA MARINE ROYALE.

A L'AMITIÉ.

A LA RECONNAISSANCE.

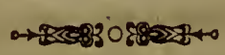
A. JUBIOT.

OBSERVATIONS

SUR

L'AMPUTATION

DANS L'ARTICLE COXO-FÉMORAL.



. . . . . *Artem experientia fecit exemplo monstrante viam.*

MARC. MANIL., Astronom. liv. 1, v. 63 et 64.

L'OBSERVATION a donné naissance à l'art de guérir ; elle lui sert encore tous les jours de flambeau et d'aliment. Il est donc du devoir de tout homme qui se sent appelé au rôle sublime de soulager ses frères, de ne laisser échapper aucune occasion d'observer et de faire connaître les faits importants qu'il aura pu recueillir.

Je vais commencer à m'acquitter de ce devoir, en profitant de l'obligation qui m'est imposée de faire imprimer quelques pages, pour rapporter plusieurs observations qui, j'espère, ne seront pas sans intérêt pour la science.

Attaché aux ambulances de l'armée d'Afrique, j'ai assisté à toutes les affaires plus ou moins sérieuses qui ont eu lieu depuis l'expédition des *Bibans* (sept. 1839) jusqu'à aujourd'hui (juillet 1840).

J'ai vu, pendant ce laps de temps, bien des faits dignes d'attention; mais les limites de ce travail, et le peu de temps que j'ai à y consacrer, me forcent à ne parler que de trois cas d'amputation dans l'article coxo-fémoral, suite de coups de feu.

De toutes les opérations, la plus sanglante et la plus grave est, sans contredit, celle dont nous allons nous occuper.

Le chirurgien le plus hardi ne l'aborde qu'avec crainte; l'opérateur le plus habile et le plus ferme sent son courage près de faillir à l'idée d'une telle mutilation. « Ce remède si misérable et si digne de compassion tant au patient qu'au chirurgien » (1), compte cependant aujourd'hui plusieurs succès qui m'engagent à me faire son partisan et à répéter

(1) A. Paré, liv. XII, pag. 475.

avec Celse : *Melius est incertum auxilium adhiberi, quàm nullum.*

Pour rendre ce travail un peu plus important, j'ai cru devoir rechercher dans les annales de la science tous les faits relatifs à cette opération.

Je vais donc présenter le résultat de mes fouilles ; j'y ajouterai ce que j'ai vu, je chercherai à apprécier les cas et l'époque où cette désarticulation peut être tentée avec quelques chances de succès, et je finirai en jetant un coup-d'œil sur les diverses méthodes et sur les divers procédés opératoires.

Le premier cas d'amputation de la cuisse dans la contiguité est celui que cite Barbet (1) :

Un enfant de 14 ans, affecté de gangrène produite par l'usage du seigle ergoté, fut amputé par Lacroix d'Orléans, d'abord de la cuisse droite, puis, quatre jours après, de la cuisse gauche ; il mourut le quinzième jour après la première opération. Il y avait un tel désordre dans l'articulation, que la section du ligament suspenseur faite avec des ciseaux avait suffi pour détacher le membre.

Le second cas est celui que rapporte Morand (2) :

François Gers, âgé de 21 ans ; cuisse droite fracassée et violemment contuse ; amputé *plusieurs*

---

(1) Mémoire couronné par l'Académie en 1759.

(2) Opuscules de chirurg., tom. 1er, pag. 176.

mois après l'accident par un chirurgien M. Pérault; guérison si complète, qu'au bout de dix-huit mois cet homme était cuisinier d'auberge et s'était marié. La suppuration avait été si abondante, qu'une grande quantité de parties molles avait été détruite.

On trouve dans la clinique de Larrey huit cas de désarticulation coxo-fémorale :

Trois en Egypte ; opérations immédiates, insuccès.

Deux après la bataille d'Eylau ; opérations immédiates, insuccès.

Le sixième cas est un succès obtenu sur un dragon français opéré après la bataille de Mosaisk, trois semaines environ après l'accident.

Le septième est celui d'un jeune soldat russe qui avait eu à la bataille de Witepsk (Russie) le fémur fracassé par un boulet. Cet os était brisé en éclats jusqu'au grand trochanter, et les parties molles avaient été détruites dans *les deux tiers de l'épaisseur du membre*. Opéré immédiatement, le malade aurait vécu 29 ou 30 jours, et ne serait mort que d'inanition, les vivres étant venus à manquer à l'hôpital où il avait été transporté; le moignon était presque tout-à-fait cicatrisé.

Le huitième est celui d'un soldat qui, blessé à la bataille de Waterloo, fut transporté dans un hôpital de Bruxelles où on l'amputa. Vingt jours au

moins après l'accident, il fut présenté à l'Institut dans un état très-satisfaisant.

On trouve dans Férussac (1) les trois cas suivants de désarticulation coxo-fémorale :

1° Un cuirassier, nommé Klœpner, âgé de 21 ans, amputé par M. Wedemeyer, chirurgien à Hanôvre, pour un ostéo-stéatome du fémur, suite de contusion : guérison après huit jours

2° Un ancien militaire, opéré par le docteur Krimer (2) (Aix-la-Chapelle) pour une balle perdue depuis long-temps dans le haut de la cuisse; mort du tétanos le dixième jour après l'opération. Il y avait eu une forte hémorrhagie. La cicatrice du moignon était complète, excepté dans l'angle des ligatures; la cavité cotyloïde était remplie de granulations.

Le troisième fait est celui du baron de Hovel, âgé de 21 ans, qui, ayant eu en duel le fémur fracturé comminutivement au-dessous du grand trochanter, fut opéré par le docteur Dieffenbach trois semaines après l'accident. Mort dix heures après l'opération. Il se manifesta, dit l'auteur, un froid général et un épuisement si considérable, que les potions alcooliques et le vin avec de la cannelle, à l'intérieur, p rent à peine y remédier.

(1) Bull. des sc. méd., tom. III, pag. 161.

(2) Tom. XVIII, pag. 80

A l'autopsie, on ne trouva qu'une anémie très-remarquable dans toutes les parties (1).

Samuel Cooper (2) cite plusieurs cas d'amputation de la cuisse dans la contiguité.

1° Une jeune fille de 11 à 12 ans, opérée par Kerr de Northampton pour une affection si grave de la hanche que toute la cavité cotyloïde et toutes les parties contiguës à l'os innominé étaient cariées; malgré son état de consomption, la malade survécut dix-huit jours à l'opération. A l'autopsie, on trouva les poumons malades et l'un deux entièrement réduit à l'état de suppuration. Le moignon était cicatrisé en plusieurs endroits.

2° Un enfant de 7 à 8 ans, opéré en 1812 par Baffos, à Paris, pour une affection scrophuleuse de la hanche. Quoique bien guéri de l'opération, le malade succomba néanmoins trois mois après, par suite de désordres toujours dépendants de la diathèse scrophuleuse.

3° Amputation immédiate de la cuisse dans la contiguité, faite par Cole, à l'armée de Hollande. Mort.

Samuel Cooper (3) la pratiqua lui-même à la

---

(1) Tom. XII, pag. 237.

(2) Dict., pag. 85.

(3) *Ibid.*

bataille de *Berg-op-Zoom* pour une fracture effroyable de l'extrémité supérieure du fémur. Mort du sujet au bout de quelques minutes, tant, dit l'auteur, le trouble produit par l'opération avait été considérable. La perte du sang avait été peu abondante.

Browrigg pratiqua cette opération, le 12 décembre 1812, pour une fracture de la partie supérieure du fémur, suite de coup de feu reçu en Espagne le 29 décembre 1811. En 1820, l'amputé vivait bien portant à Spalding.

Rush, en Allemagne, a obtenu un succès.

Guthrie en a obtenu un autre en Belgique (1).

Je n'ai pu trouver nulle part de détails sur ces deux derniers cas.

M. Roux (2) a fait cette désarticulation sur un jeune homme de 17 ans, pour une tumeur fongueuse du périoste de la partie supérieure du fémur. Le malade mourut quelques jours après. La cavité cotyloïde et l'articulation étaient saines.

M. Blandin (3) a pratiqué, en 1832, à l'hôpital Beaujon, la désarticulation coxo-fémorale sur une

---

(1) Arch. gén. de méd., tom. II, année 1823, pag. 161.
(2) Arch. gén. de méd., tom. XV, pag. 465.
(3) Journal hebd. de méd. et de chir., tom. IX, p. 369.

jeune fille de 15 ans, pour une hypertrophie du membre droit. Une hémorrhagie veineuse consécutive étant survenue, il fut obligé de lier la veine fémorale. La malade est morte dix jours après l'opération. On trouva, à l'autopsie, des plaques irrégulières, grisâtres, sur divers points de l'épaisseur des poumons, particulièrement du côté droit. L'état général de la malade, celui de ses poumons en particulier, a dû faire croire que ces plaques étaient du pus qui avait été porté là par la circulation, et que ce pus était le résultat de l'inflammation de la veine fémorale.

M. Gerdy (1) pratiqua cette opération à l'hôpital Saint-Louis sur une femme de 42 ans, qui portait depuis long-temps à la cuisse gauche une tumeur cancéreuse d'un volume énorme. La plaie ne fut point réunie par première intention; des accidents tétaniques graves s'étant développés, la malade mourut le neuvième jour après l'amputation. On trouva, à l'autopsie, des tumeurs de nature cancéreuse sur la plèvre et dans les poumons.

M. Baudens amputa, le 14 avril 1836, un soldat du bataillon d'Afrique, pour une fracture comminutive du fémur gauche, suite d'un coup de feu reçu

---

(1) Bulletin gén. de thérapeutique, t. VIII, année 1835.

le premier avril. Ce blessé guérit en quarante-quatre jours (1).

A la suite de la première expédition de Constantine (novembre 1836), M. Hutin (2), chirurgien principal, pratiqua deux fois l'amputation de la cuisse dans l'article : la première fut faite le 3 décembre chez un soldat du 1er bataillon d'Afrique, pour une fracture du col du fémur. Le huitième jour, cet homme allait déjà si bien qu'il mangeait le *quart*, lorsque tout-à-coup il succomba dans la nuit du 10 au 11. A l'autopsie, on trouva l'estomac rempli de liquide et exhalant une forte odeur d'alcool.

La deuxième fut faite le 4 décembre sur un soldat du génie, pour une blessure tout-à-fait semblable à la précédente ; il mourut dans la soirée. Son état général était tel, que l'amputation avait été rejetée par presque tous les assistants.

M. Letulle (3), chirurgien-major, pratiqua l'amputation immédiate de la cuisse dans l'article sur un artilleur du 11e, pour un coup de feu reçu au siége d'Anvers, qui avait causé une grande déchirure des parties molles et une fracture comminutive

---

(1) M. Baudens, Traité des plaies d'armes à feu.

(2) Mém. de méd. militaire, tom. 44.

(3) Mém. de méd. militaire, tom. XXXIV.

de l'extrémité supérieure du fémur. Ce militaire mourut le neuvième jour de l'opération.

Delpech (1) a fait deux fois cette désarticulation : la première, sur un homme qui depuis six ans avait une nécrose du fémur. La cicatrice du moignon était complète en trente jours, et peu de temps après le malade parfaitement guéri.

La deuxième fut pratiquée sur un homme pour une fracture non consolidée du fémur avec chevauchement des fragments. Le vingtième jour après l'opération, il ne restait plus que l'angle où se trouvaient les sutures, qui n'était pas cicatrisé. Mais des accidents graves s'étant déclarés du côté du ventre, l'amputé mourut au bout de six mois.

La dissection du moignon fit voir qu'il n'existait qu'un seul trajet fistuleux, aboutissant au sommet du lambeau, et ayant son origine à la cavité cotyloïde qui était en grande partie oblitérée; le fibro-cartilage diarthrodial avait disparu par l'absorption ; le lambeau, ramené sur la plaie, était uni par un tissu fibreux aux muscles fessiers et au *fascia lata*; l'artère fémorale était oblitérée en haut et en bas par deux bouchons organiques que soutenait extérieurement une masse fibreuse considérable; au-dessus elle redevenait perméable au sang, mais son calibre était plus petit d'un tiers.

(1) Archives gén. de méd., tom. XVII, pag. 301.

Là s'arrêtent les cas de désarticulation coxo-fémorale que j'ai pu recueillir dans les divers auteurs qu'il m'a été possible de parcourir. Il ne me reste plus qu'à donner les trois faits qui me sont particuliers.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Bourgogne, brigadier au 1er chasseurs d'Afrique, reçut, à l'affaire de l'*Oued-Lalleg* (31 décembre 1839), un coup de feu à bout portant, qui lui fracassa le grand trochanter du côté droit. Le doigt, introduit dans la plaie, pénétrait jusqu'à la tête du fémur sans atteindre la balle. Les chirurgiens de l'ambulance, après avoir débridé et extrait des esquilles, jugèrent convenable de temporiser, et dirigèrent le blessé sur l'hôpital de *Douera*, où il arriva le 1er janvier au soir. Le chirurgien en chef de cet hôpital, après avoir pris conseil de ses collègues, pratiqua l'amputation par la méthode à lambeaux. Le blessé mourut deux heures après l'opération (la perte de sang avait été peu considérable et le manuel opératoire très-rapide).

L'autopsie du membre fit trouver la balle dans la tête du fémur.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Foucart, grenadier au 24e de ligne, en passant le défilé de l'*Oued-Hachem* le 15 mars 1840 (prise

de *Cherchell*), fut frappé, à la partie supérieure antérieure de la cuisse gauche, d'une balle qui fracassa le fémur et se perdit dans les chairs : un appareil à fracture fut appliqué immédiatement pour faciliter le transport, et le blessé arriva le jour même à *Cherchell*. Là, les officiers de santé en chef de l'armée diagnostiquèrent une fracture comminutive; mais leurs opinions sur le parti à prendre étant divisées, on ne décida rien. Ce ne fut que le 18 que M. Guyon crut devoir pratiquer l'amputation dans l'article; le malade, du reste, était doué d'un moral à toute épreuve, et réclamait de lui-même l'opération, si on la jugeait nécessaire. On la pratiqua par le procédé de Baudens. La perte de sang avait été très-petite, et cependant une heure après, le malade était mort, quoiqu'on eût employé, pour relever ses forces, les frictions sèches, le calorique, les potions éthérées, cordiales, et l'urtication.

L'autopsie du membre nous montra une fracture comminutive peu étendue de l'extrémité supérieure du fémur.

TROISIÈME OBSERVATION.

N....., du 17e léger, reçut, le 20 mai, au passage du *Col* (retour de *Medeah*), un coup de feu au-dessous du grand trochanter gauche : la balle avait fracturé le fémur à ce niveau. La fracture

ayant paru simple à l'examen fait sur le *Col* même, on se contenta d'appliquer un appareil à fracture. A *Blidah*, on s'aperçut que non-seulement il existait la fracture ci-dessus indiquée, mais encore une seconde dans la tête de l'os, qui était séparée du trochanter. L'amputation fut résolue, on la pratiqua le 25 par le procédé Baudens. Le blessé mourut à la fin de l'opération, sans qu'on pût attribuer sa mort à la lenteur de l'opération ni à la perte de sang.

Tableau résumé de tous les cas d'amputation coxo-fémorale rapportés dans ce travail.

33 opérations.	20 Suite de coups de feu.	15 Immédiates.	14 Morts.
			1 Succès.
		5 Médiates.....	3 Succès.
			2 Morts.
	10 Causes diverses.....	médiates	5 Guérisons.
			5 Morts.
	3 Causes inconnues.....		2 Succès.
			1 Terminaison inconnue.

L'amputation dans l'article de la cuisse est-elle praticable ?

Quels sont les cas dans lesquels on doit y avoir recours?

Quelle est la plus avantageuse de l'opération médiate ou de l'opération immédiate ?

Telles sont les questions que je vais essayer de résoudre au moyen des faits précédents.

1° Quand une opération réussit 11 fois sur 33, non-seulement il y a possibilité, mais il y a même nécessité de la pratiquer quand le cas l'exige. C'est, du reste, une question jugée depuis long-temps par nos grands maîtres : *Incerta spes certâ desperatione potior habenda est* (1).

2° Les cas dans lesquels on doit faire cette amputation, sont : une fracture comminutive, une nécrose, une carie, en un mot, une altération incurable du fémur s'étendant jusqu'au-dessus du corps de cet os. Elle est contre-indiquée quand il y a lésion de la hanche ou même de la cavité cotyloïde. Les désordres de la partie supérieure de la cuisse, occasionnés par des coups de feu, sont loin d'être une contre-indication ; mais, dans ce cas, il ne faut pas trop se hâter.

3° Quant à cette question, si l'amputation immédiate est préférable à l'amputation médiate, mon tableau y répond, je crois, d'une manière péremptoire. En effet, si sur neuf cas de guérison un seul

(1) Celse, *Med.*, *lib.* v, *cap.* 26.

appartient à la première, et les huit autres à la seconde, nul doute qu'il soit préférable d'amputer médiatement qu'immédiatement.

Il y a ici un fait bien important à noter : c'est que, sur quinze désarticulations immédiates, suite de coups de feu, une seule a réussi ; tandis que, sur cinq médiates, c'est-à-dire qui ne furent faites qu'un certain temps (au moins deux mois) après l'accident, on a réussi trois fois. Le précepte d'amputer immédiatement à la suite des plaies d'armes à feu, précepte dont l'importance ne m'est malheureusement que trop bien démontrée, serait donc en défaut dans cette circonstance. Ce qu'il y a de positif, c'est que cette désarticulation a été plus souvent suivie de succès, pratiquée sur des sujets amaigris, que pratiquée sur des hommes robustes, comme le sont ordinairement ceux que la guerre choisit pour ses victimes.

Les motifs de cette différence dans les résultats sont bien obscurs ; leurs recherches m'entraîneraient trop loin, et je crois d'autant plus pouvoir me dispenser de les faire, qu'après une route pénible dans le vaste domaine de la supposition, je n'arriverais jamais qu'à une hypothèse plus ou moins rapprochée de la vérité. Je dois dire cependant que l'ébranlement nerveux, l'action de l'air sur une si vaste plaie, l'influence morale que doit éprouver

l'homme à qui on enlève près d'un quart de son tout, pourraient déjà seuls compromettre le succès de l'opération médiate, *à fortiori* de l'opération immédiate. Aussi, ne saurais-je trop insister, avec Delpech, sur l'importance de la promptitude dans le manuel opératoire et de la réunion immédiate.

Plusieurs méthodes ont été employées pour pratiquer cette opération, et pour chacune d'elles plusieurs procédés ont été conseillés. Il serait trop long de les décrire tous en particulier; mais je vais énumérer les méthodes et les procédés mis en usage jusqu'à ce jour, et j'entrerai dans quelques détails sur la méthode et celui de ces procédés que je croirai devoir être pratiqué le plus souvent et avec le plus d'avantages.

Comme dans presque toute amputation, trois méthodes se présentent : la méthode circulaire, la méthode à lambeaux et la méthode ovalaire.

1° *Méthode circulaire.* Deux procédés, celui des Anglais et celui de M. Graëfe.

2° *Méthode à lambeaux.* Douze procédés, ceux de Lalouette, de M. Manec, d'Ashmead, de Delpech, de Larrey, de Blandin, de Lisfranc, de Dupuytren, de Béclard, de Guthrie et de Baudens. M. Lenoir a modifié celui de Lalouette.

3° *Méthode ovalaire.* Deux procédés, l'un de Cornuau, l'autre de Scoutetten.

Presque tous ces nombreux procédés ont pu être employés suivant l'indication ; mais toutes les fois que je pourrai choisir, ce sera à la méthode à lambeaux, procédé de Delpech, modifié par M. Lenoir, que je m'adresserai. Ce procédé consiste à faire un seul lambeau avec les muscles de la partie interne et postérieure de la cuisse ; et au lieu de lier l'artère avant l'opération, je ferai, d'après M. Lenoir, comprimer ce vaisseau sur la branche du pubis.

Les motifs qui me font donner la préférence à ce mode opératoire, c'est d'abord parce qu'il a réussi deux fois au célèbre professeur de Montpellier, et ensuite parce que les chairs de la partie interne, dans lesquelles on taille le lambeau, sont ordinairement les moins endommagées. Dans le cas où je ne pourrais employer ce procédé, j'aurais recours à celui de M. Manec, qui consiste à faire un lambeau antérieur, lequel, tombant par son propre poids, n'a pas besoin d'être tiraillé par les sutures pour être maintenu en place. Ce procédé a, en outre, l'avantage de procurer un écoulement facile au pus et d'en empêcher la stagnation.

Je termine ici ce que le temps et l'espace m'ont permis de dire sur ce sujet important. Puissé-je avoir mérité l'approbation de mes Juges et de mes lecteurs ! Je réclame, du reste, l'indulgence des

uns et des autres en faveur du motif qui m'a fait agir : le désir d'être utile à mes semblables, en rendant plus familière une opération qui est souvent pour eux la seule chance de salut : *Nihil interest an satis tutum sit prœsidium quod unicum est* (1).

---

(1) Celse, *de med.*, *lib.* 7, *cap.* 39.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des principales espèces de difformités du bassin ; quels sont les caractères anatomiques propres à chacune d'elles ?

—

Tout bassin présente à considérer : 1° une partie évasée, formée par les os iléons et les dernières vertèbres lombaires (grand bassin); 2° une autre partie rétrécie, formée latéralement par les ischions, antérieurement par les pubis, et postérieurement par le sacrum et le coccyx (petit bassin); 3° deux détroits, l'un supérieur ou abdominal, c'est l'entrée du petit bassin, l'autre inférieur ou péritonéal qui en est la sortie.

Chacune de ces parties a des dimensions dont il importe bien de connaître l'étendue naturelle ou normale.

Ces dimensions peuvent être altérées par un chan-

gement de forme ou de direction de l'un des os qui entrent dans la charpente du bassin ; de-là, difformité de l'une ou de l'autre de ses cavités ou de l'un de ses détroits.

Une autre difformité du bassin résulte aussi d'une altération dans le mode d'union des os entre eux, union qui peut être plus ou moins intime.

1° *Grand bassin.* Les crêtes iliaques peuvent être trop écartées ou trop rapprochées, d'où diminution ou augmentation de cette cavité. Une des hanches peut être plus élevée que l'autre : cela tient souvent à ce que l'un des deux membres abdominaux est plus court que son congénère.

Les os des îles sont quelquefois inclinés à droite ou à gauche : cette difformité est ordinairement le résultat de la distorsion de la colonne vertébrale.

2° *Petit bassin, détroit supérieur.* Le diamètre antérieur (sacro-pubien) peut être diminué ou augmenté. Dans le premier cas, la base du sacrum, l'angle sacro-vertébral est porté en-dedans, ce qui donne à cette ouverture abdominale la forme d'un cœur ; elle aura celle d'un huit de chiffre, si en même temps la symphyse pubienne est déjetée en dedans.

Dans le second cas, le sacrum étant trop aplati, sa base se trouve portée en arrière, les cavités cotyloïdes sont portées en dedans, la symphyse pubienne

forme un angle aigu, et alors le détroit supérieur a l'aspect d'un triangle.

Presque toujours le rétrécissement d'un diamètre entraîne l'agrandissement de celui qui le croise, et *vice versâ*. Ainsi, l'augmentation du diamètre antéro-postérieur entraîne presque toujours la diminution du diamètre transverse ou *bis-iliaque*.

Détroit inférieur. Bien qu'on puisse établir, en thèse générale, que le détroit inférieur s'agrandit quand le supérieur se rétrécit, il peut cependant arriver qu'ils soient tous deux rétrécis ou tous deux agrandis.

Le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur de ce détroit est ordinairement le résultat de l'horizontalité trop grande du coccyx, et de l'abaissement de l'arcade pubienne qui est plus large qu'habituellement.

Le diamètre transverse du détroit périnéal peut être diminué par le rapprochement des tubérosités ischiatiques; l'étroitesse de l'arcade pubienne est aussi le résultat de ce rapprochement.

Enfin, l'une de ces tubérosités ischiatiques peut être plus élevée que l'autre, et donner au détroit inférieur une obliquité ou inclinaison latérale qu'il n'a pas lorsqu'il est bien conformé.

Excavation. Les difformités de la cavité du petit bassin doivent presque toutes être rapportées à la

défectuosité de ses détroits ; elles dépendent de ce que le sacrum est trop courbé ou ne l'est pas assez.

Des tumeurs de toute espèce et de toutes formes ont été rencontrées dans le bassin. Presque tous les accoucheurs en citent des exemples. Ces tumeurs peuvent se développer soit sur le sacrum, soit sur les ischions, soit enfin sur le pubis. Ce peut être une exostose, un squirrhe, une tumeur fibreuse, etc.

On trouve dans le savant ouvrage du professeur Nœgelé, des descriptions de bassins dont le sacrum offre des difformités dignes de plus d'attention qu'on ne leur en a accordé jusqu'à aujourd'hui.

Là, c'est un sacrum dont les ailes sont incomplétement développées, et dont les trous sacrés antérieurs manquent ou sont plus petits d'un côté que de l'autre.

Ici, c'est un sacrum complet ou incomplet qui s'unit si intimement avec les os iliaques, que ces deux os n'en forment réellement qu'un.

Ailleurs, c'est un sacrum dont l'axe est vicié, cet os prenant une direction oblique, à droite ou à gauche.

Ces difformités du sacrum n'existent le plus souvent que dans une de ses moitiés, et ce sont alors les diamètres obliques qui sont viciés.

Le professeur d'Heidelberg a donné le nom de bassins obliques ovalaires aux bassins ainsi déformés.

Nœgelé parle d'une difformité remarquable, en ce que la symphyse pubienne se trouvait à droite ou à gauche de l'angle sacro-pubien, au lieu de se trouver vis-à-vis, et dont il ne résultait qu'une augmentation d'une des moitiés du bassin, augmentation qui avait lieu aux dépens de l'autre moitié.

On a décrit aussi des bassins régulièrement rétrécis sans courbure ni déformation des os.

Je croirai avoir signalé les principales difformités du bassin, lorsque j'aurai dit que les vices de conformation de ses détroits altèrent plus ou moins la direction de ses plans et de ses axes.

SCIENCES CHIRURGICALES.

De la lithotritie chez la femme.

« Et premièrement, les signes pour cognoistre les pierres ès-femmes sont tels qu'aux hommes, mais plus aisez à estre cogneus par la sonde à raison qu'elles ont le col de la vessie plus court et plus large et plus droit que les hommes. »

A. Paré, *liv.* XVII, *pag.* 636.

Je crois que les mêmes raisons qui faisaient dire à l'illustre chirurgien que je viens de citer, que la

sonde était d'un emploi facile chez les femmes, doivent suffire pour prouver l'innocuité de la lithotritie chez elles.

La difficulté de retenir dans la vessie le liquide nécessaire à l'opération, a suffi pour faire dire à certains auteurs, pour lesquels la critique est un besoin, que la cystotomie était toujours préférable à la lithotritie chez la femme.

D'abord, il ne m'est pas bien démontré que cette difficulté soit aussi grande qu'ils ont bien voulu le dire; et ensuite, la présence d'un liquide dans la vessie est-elle d'une absolue nécessité pour la réussite de cette opération? Je sais plusieurs lithotriteurs qui ne prennent jamais cette précaution.

Un professeur de cette école (1) vient de la pratiquer avec succès chez une dame, sans qu'il ait eu besoin de recourir à ce moyen.

Je pense donc que, dans la plupart des cas, la lithotritie chez la femme est préférable à la cystotomie, et que, pratiquée par un chirurgien prudent et éclairé, cette opération aura le plus souvent des résultats honorables pour l'art, et avantageux pour un sexe que tant de titres recommandent à l'attention du médecin.

---

(1) M. le professeur Delmas.

SCIENCES MÉDICALES.

Lésions organiques déterminées par la noix vomique.

« Mais comme ce venin agit de toute sa subs'ance et forme secrette : ainsi à guerre ouverte il oppugne la forme et essence de la vie qui gist en la faculté vitale, qui est au cœur. »

A. Paré, *liv.* xxi, *pag.* 751.

Les nombreuses expériences faites depuis quelque temps ont rendu incontestable l'action du principe narcotico-âcre de la noix vomique *(nux vomica)* sur la moelle épinière. Les lésions fonctionnelles qui en résultent sont aussi bien constantes et bien connues ; il n'en est pas de même des lésions organiques.

Quelques autopsies faites sur l'homme, et un plus grand nombre faites sur des animaux qui avaient servi à ces expériences, ont été sans résultat.

L'estomac, le rectum, la vessie, les veines, etc., ont servi à l'introduction de cette substance dans l'économie ; toujours elle a été absorbée, sans qu'aucun de ces organes ait offert de traces de sa présence.

Je suis donc amené à cette réponse à la question posée, que la noix vomique ne produit pas dans nos organes de lésions organiques bien appréciables.

Mais comme tout effet a une cause, les phénomènes si caractéristiques et souvent si effrayants que produit l'administration de la noix vomique, ne seraient-ils pas occasionnés par une lésion de la vitalité du cordon rachidien ? Le fait est que l'on trouve dans les divers stades que parcourt un sujet avant de mourir empoisonné par la noix vomique, des preuves que cette vitalité de la moelle est ou augmentée, ou diminuée, ou pervertie.

Je dois à l'obligeance de M. le Profr Bouisson, des résultats obtenus par M. le Professeur Berard sur des chiens empoisonnés par la *strychnine*. Chez l'un, ce principe actif de la noix vomique avait été ingéré dans l'estomac. On trouva à l'autopsie cet organe si contracté, si resserré, qu'il ne présentait pas un volume plus considérable que l'estomac d'une oie. Chez l'autre, la strychnine fut introduite dans l'économie par une plaie. A l'autopsie, on trouva le réservoir réduit à un très-petit volume, et l'estomac lui-même avait perdu de ses dimensions. Cette substance, qui a la propriété de déterminer sur le système musculaire de la vie animale une contraction qui va souvent jusqu'au tétanos, aurait-elle aussi une action semblable sur les muscles de la vie organique ? Les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour résoudre la question.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

Comment reconnaître si le carbonate de magnésie contient du carbonate de chaux ?

Pour résoudre cette question le plus brièvement possible, je me bornerai à citer le réactif le plus souvent employé, et dont l'usage ne peut laisser aucun doute dans ce genre d'opération.

On parviendra facilement à découvrir l'union du carbonate de chaux au carbonate de magnésie, en traitant une dilution de ce dernier sel (dans l'eau distillée) par une dissolution d'un sulfate quelconque, ou par de l'acide sulfurique dont on aura d'avance reconnu la pureté.

En opérant ainsi, si le carbonate de magnésie se trouve accompagné du carbonate de chaux, l'acide sulfurique, en dégageant l'acide carbonique des deux bases, donnera naissance à deux sulfates : 1° l'un tenu en dissolution appartenant à la première base ; 2° l'autre occupant le fond du vase en magna d'un blanc opaque, que les réactifs feront reconnaître comme appartenant à la deuxième base.

Plusieurs autres réactifs pourraient nous amener à des résultats analogues.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!